Münster 1935 No 142 Med DiSS

Aus dem zahnärztlichen Institut
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster i. W.
Direktor: Professor Dr. R. Müller

Untersuchungen über Zahn- und Mundschleimhauterkrankungen bei der S. A. und im F. A. D. unter besonderer Berücksichtigung der sozialen Verhältnisse.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde einer Hohen Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster

vorgelegt von

Hans-Wilhelm Schütze, Zahnarzt
aus Bielefeld i. W.

1934

Druckausführung Buchdruckerei Franz Grube, Werne a. d. Lippe

Dekan: Prof. Dr. Klinge

Referent: Prof. Dr. Müller

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster (Westf.)

Meinen lieben Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547224_0029

Das dritte Reich brachte die freiwillige Zusammenballung größerer Menschenmassen in Formationen. Die hohen Anforderungen, die an diese Formationen gestellt werden, lassen klar erkennen, daß nur solche Männer die Bedingungen erfüllen können, deren Leistungen nicht durch schwere körperliche Schäden herabgemindert werden. Infolgedessen ist es eine Notwendigkeit, neben eingehender ärztlicher auch eine zahnärztliche Betreuung einzurichten. Um dies erfolgreich durchführen zu können, sind genaue Unterlagen über die Krankheitsfrequenz (Karies, Mundschleimhaut) erforderlich. Die Notwendigkeit der Feststellung dieser Schäden ist von den führenden Stellen auch erkannt worden, daher finden ständig Zwangsuntersuchungen mit Eintragung des Mundbefundes statt. Die Richtlinien für die Untersuchungen bei der S. A. und im Freiwilligen Arbeitsdienst sind dieselben. Jedoch ist zu berücksichtigen, daß die Aufnahme in den F. A. D. nur erfolgt nach vorher festgelegtem Gesundheitsbefund, während die Untersuchungen bei der S. A. erst während der Dienstzeit stattfinden. Im Vordergrund dieser Richtlinien steht der Begriff der Diensttauglichkeit, womit bereits festgelegt ist, daß nur schwerere zur Auswirkung gekommene Schäden berücksichtigt werden. So heißt es in den Richtlinien: „Bei Beurteilung der Zähne steht die Frage im Vordergrund, ob das vorhandene Gebiß so vollständig ist, daß weder die Kaufähigkeit noch die Sprache leidet. Dementsprechend unterscheidet man:

A = tauglich,
B = bedingt tauglich,
Z = zeitig untauglich,
L = zu leichtem Dienst tauglich,
U = untauglich für Außendienst,
vU = völlig untauglich.

Die Einstufungen für die Zahnbefunde, die unter der Nummer 39 stehen, sind daher folgende:

Tab. I.

A Zahnschäden, die durch Füllungen zu beseitigen sind,

B Fehlen zahlreicher Zähne bei gutem Ernährungszustand,

Z sehr schlechte Zähne, durch Gebiß besserungsfähig bei ausreichendem Ernährungszustand,

L . . . . . .

U Schlechte Zähne, die besondere Ernährungsweise erfordern,

vU . . . . . .

Um einen Ueberblick über den Stand der Zahn- und Mundschleimhauterkrankungen in den einzelnen Formationen zu bekommen, habe ich in Münster folgende Formationen nach dieser Richtung hin einer Untersuchung unterzogen:

In der S. A.:

Die Stürme 11—18 sowie den Spielmannszug des Sturmbannes II der Standarte 13, außerdem den früheren Sturm 15/II jetzt im Sturmbann III. Insgesamt: 992 Mann.

Im F. A. D.:

Die Lager der Gruppe 200: Loddenheide, Sudmühle, Telgte. Insgesamt: 487 Mann.

Dabei stützte ich mich zum Teil auf bereits durchgeführte Untersuchungen, die entsprechend den oben erwähnten Richtlinien in die Krankenblätter eingetragen waren. Zum Teil habe ich die Untersuchengen mit Erlaubnis der Formationsärzte selbst durchgeführt, sodaß ein einigermaßen klares Bild über den Krankheitszustand gebracht werden kann. Um besondere Vergleichsmöglichkeiten mit schon bestehenden militärischen Formationen zu schaffen, stellte ich außerdem den Zahnbefund fest bei 500 Freiwilligen, die sich zur Aufnahme in das Reichsheer gemeldet hatten. Berücksichtigt wurde in der Auswirkung der Ergebnisse nicht nur die soziale Stellung des Einzelnen, sondern auch das Alter. Da die Durchbruchszeiten der Weisheitszähne normalerweise bis zu 30 Jahren variieren und die Männer in den meisten Fällen sich nicht entsinnen konnten, ob die 8er schon durchgebrochen und extrahiert waren, wurden, um nicht

auf Vermutungen angewiesen zu sein, die das klare Ergebnis verwischen könnten, bei der Aufstellung der fehlenden Zähne die 8er nicht berücksichtigt. Um lediglich die augenblicklichen Erkrankungsziffern berücksichtigen zu können, habe ich gefüllte Zähne sowie Zahnersatz, entsprechend den Richtlinien, als gesund gerechnet, denn diese Zähne sind für eine vorzunehmende Sanierung ohne Bedeutung. Außerdem ist eine Beurteilung des Krankheitsgrades an Hand von Füllungen eine rein subjektive Angelegenheit. Dementsprechend habe ich bei der Aufstellung der Tabellen grundsätzlich unterschieden zwischen: erstens

Defektem Gebiß = Karies + Lückengebiß und zweitens Kariesfrequenz des Gebisses = augenblickliche Erkrankung ohne Berücksichtigung extrahierter Zähne.

Ergebnisse der Untersuchungen:

1. bei der S. A.:

Von 992 Untersuchten im Alter von 17—50 Jahren wiesen 710 = 80,6 % erkrankte Zähne bzw. Lücken im Gebiß, d. h. also defekte Gebisse auf, nur 192 = 19,4 % waren gesund bzw. saniert. Läßt man die Untersuchungen, bei denen nur Lücken im Gebiß vorhanden sind, unberücksichtigt, so bleiben als erkrankt (Kariesfrequenz) noch 632 = 63,6 % übrig, d. h. fast zwei Drittel aller Untersuchten. Diese 632 Erkrankten setzten sich zusammen aus 375 = 59,3 % Leicht- und 257 = 40,7 % Schwererkrankten. Von sämtlichen Zähnen die höchste Erkrankungsziffer, sowohl unter den Leicht- wie auch den Schwererkrankten, weisen die Molaren auf, darunter an erster Stelle die 6er, dann die 7er und schließlich die 8er. Am häufigsten befallen ist der Oberkiefer und zwar im Verhältnis 1,3:1 zum Unterkiefer. Um nun gewisse Einwirkungen, die durch besondere Geschehnisse hervorgerufen wurden, zu berücksichtigten, habe ich eine Einteilung der gesamten Untersuchten in vier Altersgruppen vorgenommen, wobei ich von folgenden Gesichtspunkten ausging:

1. Seit acht Jahren wird an den Volksschulen Münsters eine regelmäßige Schulzahnpflege getrieben, durch die bei der Schulentlassung eine Sanierung bis zu 98 % erreicht wird. Daher wurden alle, die noch von der Schulzahnpflege erfaßt wurden, in die Gruppe I eingereiht. Alter 17—21 Jahre.

2. Bei der Durchsicht der Untersuchungsbefunde fiel mir auf, daß vom 29. Jahr ab die Erkrankungsziffer stark anstieg.

Bei der Umrechnung der Ergebnisse in Prozenten ergab sich ein Erkrankungsgrad von 90,1 % vom 29—36. Lebensjahr. Diese hohen Zahlen führe ich darauf zurück, daß diese Untersuchten zur Zeit des Weltkrieges im Alter von 10—17 Jahren nur sehr mangelhaft ernährt und zahnärztlich versorgt werden konnten, daher ist auch in dieser Gruppe die Zahl der fehlenden Zähne die bei weitem höchste. Die beiden anderen Gruppen ergeben sich zwangsläufig:

Gruppe II Alter 22—28 Jahre und Gruppe IV Alter 37—50 Jahre.

Eine Alterseinteilung war weiter aus dem Grunde notwendig, um die einzelnen Formationen miteinander vergleichen zu können. Während z. B. in der S. A., die Altersgruppe II am stärksten vertreten ist, weist beim F. A. D. die Gruppe I die höchste Zahl auf. Wenn man diese Tatsachen bei den Vergleichen nicht berücksichtigt, kommt man selbstverständlich zu falschen Resultaten. Das Ergebnis zeigt die Tabelle II.

Tabelle II

Altersgruppen	17—21	22—28	29—36	37—50	zusammen
Gebiss vollständig und gesund	71	96	23	2	192
defektes Gebiß	203	358	212	27	710
insgesamt	274	454	235	29	992
oder in Prozenten:					
Gesund	25,9 %	21,1 %	9,9 %	6,9 %	19,4 %
defekt	74,1 %	78,9 %	90,1 %	93,1 %	80,6 %
insgesamt	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Aus dieser Tabelle läßt sich eine günstige Auswirkung auf die noch von der Schulzahnpflege erfaßten nicht ohne weiteres erkennen. Wenn die Erkrankungsziffer (74,1 %) auch niedriger ist als in der Gruppe II (78,9 %), so aber doch nicht in dem

Maße, wie man nach der fast vollkommenen Sanierung der Schulentlassenen (bis zu 98 %) anzunehmen berechtigt ist. Ich stellte daher die Anzahl der erkrankten Zähne fest, die sich in der Gruppe I mit 2 durchweg leichterkrankten, in der Gruppe II mit 2,7 fast ausschließlich schwererkrankten ergab.

Um nachzuprüfen, ob die soziale Lage einen besonderen Einfluß auf die Krankheitsfrequenz ausübt, wurden sämtliche Untersuchten in 4 soziale Gruppen eingestuft.

Es gehören zur Gruppe:

I. Höhere Beamte, Akademiker in freien Berufen usw.,

II. Mittlere Beamte, selbständige Handwerker und Kaufleute, Studenten usw.,

III. Untere Beamte, Angestellte, gelernte Arbeiter und Handwerker usw.,

IV. Hilfsarbeiter und Erwerbslose.

In der Gruppe IV wurden von den Erwerbslosen nur diejenigen berücksichtigt, die wenigstens seit einem Jahr arbeitslos waren. Das Gesamtergebnis dieser Einteilung wird durch die Tabelle III dargestellt.

Tabelle III

Soziale Gruppen

Gruppe	Gesund		krank		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
I	32	72,7	12	27,3	44	100
II	154	53,3	135	46,7	289	100
III	215	43,4	280	56,6	495	100
IV	26	15,9	138	84,1	164	100

Es geht klar daraus hervor, daß die Gruppe IV (Hilfsarbeiter, Erwerbslose) weitaus die höchste Kariesfreqenz aufweist. Der Begriff Kariesfrequenz besteht hier zu Recht, weil bei Aufstellung der Tabelle III nur die erkrankten Zähne, nicht aber die

fehlenden berücksichtigt wurden. Es ließen sich auf diese Weise Irrtümer vermeiden, die entstehen mußten durch die Mitberücksichtigung von Zähnen, die eventuell lange vor der eingetretenen Erwerbslosigkeit extrahiert waren. Die Ergebnisse der Gruppe II sind insofern ungünstig beeinflußt, als dort die Studenten und höheren Schüler mitgezählt wurden, bei denen durchweg das Gebiß in einem sehr schlechten Zustande ist. Dieselben Beobachtungen konnte ich auch im F. A. D. sowie bei den Rekruten bzw. Offiziersanwärtern machen. In beiden Fällen (Einwirkung der sozialen Lage, größere Kariesfrequenz der Studenten und höheren Schüler) konnte ich analog die Ergebnisse von Hochwahr und Verstege, die Untersuchungen über die Kariesfrequenz bei Schulkindern ausgeführt hatten, bestätigen.

Aehnlich, wenn auch etwas anders, liegen die Verhältnisse im F. A. D., bei dem ich sämtliche Untersuchungen selbst durchführte. Durch die verschärften Aufnahmebedingungen — es werden nur noch A-Taugliche aufgenommen — ergibt sich eine systematische Auslese, die sich natürlich in den Erkrankungsziffern auswirkt. Noch bedeutend schärfer sind die Aufnahmebestimmungen für die Reichswehr, in denen eine vollständige Sanierung des Gebisses vor dem Eintritt in das Heer gefordert

Tabelle IV

Altersgruppen F. A. D.

Altersgruppen	17–21	22–28	29–36	zusammen	S. A.	Reichswehr
Vollständig und gesund	112	41	2	145	192	342
unvollständig, defekt	228	107	7	342	710	162
insgesamt	340	148	9	487	992	504
oder in Prozenten:						
Gesund	32,9	27,7	22,2	27,7	19,4	67,4
defekt	67,1	72,3	77,8	72,3	80,6	32,1
insgesamt	100	100	100	100	100	100

wird. Um die Auswirkungen dieser Bedingungen auf die Krankheitszahlen erkennen zu können, wurden in der Tabelle IV die entsprechenden Zahlen bei der S. A. und den Reichswehrrekruten mitberücksichtigt. Die Prozentzahlen der Endergebnisse (doppelt umrandet in der Tabelle IV) zeigen die Unterschiede am allerdeutlichsten.

Diese Ergebnisse zeigen deutlich, daß die Verhältnisse bei den Reichswehrrekruten weitaus am günstigsten sind. Während wir im Arbeitsdienst und in der S. A. Erkrankungsziffern von 72,3 % bzw. 80,6 % finden, weisen bei den Rekruten nur 32,1 % defekte Gebisse auf. Noch deutlicher zeigt sich der Unterschied zwischen den einzelnen Formationen in Tabelle V, durch die die Kariesfrequenz wiedergegeben wird.

Tabelle V

	F. A. D.	S. A.	Reichswehr
gesund	59,1 %	36,4 %	89,1 %
kariös	40,9 %	63,6 %	10,9 %

Zu dem Ergebnis von 55 = 10,9 % Erkrankten bei den Reichswehrrekruten ist noch zu bemerken, daß hiervon 11 = 20 % als 1 Z 39 d. h. als „zeitig untauglich wegen schlechter Zähne" abgewiesen wurden, sodaß das Endergebnis hier in Wirklichkeit noch günstiger ist. Bei der Einteilung der Untersuchten im F. A. D. in soziale Gruppen zeigt sich ein etwas anderes Bild als in der S. A. Siehe Tabelle VI.

Tabelle VI

Soziale Gruppen. F. A. D.

Gruppe	Gesund		krank		Zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
II	35	58,4	32	41,6	77	100
III	134	82,7	28	17,3	162	100
IV	94	36,4	164	63,6	258	100

Zunächst einmal fehlt die soziale Gruppe I hier vollständig. Das bessere Gesamtergebnis gegenüber der S. A. führe ich einerseits zurück auf die oben genannten Aufnahmebestimmungen, andererseits darauf, daß die meisten Untersuchten der Altersgruppe 17—21 Jahre angehören (siehe Tab. IV). In der Gruppe II, die ausschließlich aus höheren Schülern und Studenten besteht, konnten die schon bei der S. A. festgestellten Ergebnisse weiterhin bestätigt werden. Ein Vergleich mit der Reichswehr konnte bei der Einteilung in soziale Gruppen leider nicht gebracht werden, da aus den Untersuchungslisten nicht hervorging, ob der Bewerber früher arbeitslos gewesen war.

Da in den Untersuchungsbefunden weder bei der S. A. noch beim F.A.D. Mundschleimhauterkrankungen verzeichnet waren, habe ich die Untersuchungen darüber in beiden Formationen selbst durchgeführt. Bei der Auswertung der Ergebnisse habe ich nun generell unterschieden zwischen:

Gingivitis = einfache Entzündung des Zahnfleischrandes ohne Mitbeteiligung des Knochens, ohne Schwunderscheinung und

Paradentitis marginalis chronica (Paradentose) = schwere Entzündungsform mit Beteiligung der Wurzelhaut und der Alveole.

Die Ergebnisse der Untersuchungen über die Schleimhauterkrankungen werden durch die Tabellen VII und VIII dargestellt.

Die S. A. schneidet hierbei in der Zahl der Erkrankungen mit 18,4% weit günstiger ab als der F.A.D. mit 41,2%. Dieses Ergebnis wird jedoch leicht erklärlich, wenn wir den Zahnsteinansatz in Betracht ziehen. Es weisen in der S.A. 36,4%, im F.A.D. 72,6% Zahnstein auf. Da aber ungefähr zwei Drittel aller Erkrankungsfälle im F. A. D. in die Erkrankungsgruppe „Gingivitis" gehören, stellt sich diese hohe Erkrankungsziffer als das Ergebnis der chronischen Reizwirkung der Zahnsteinkonkremente heraus. Bei den schweren Erkrankungsfällen sehen wir dagegen einen Fall = 0,5 % im F. A. D. 16 Fällen = 19,3 % in der S. A. gegenüberstehen. Es sind dies fast sämtlich schwere Paradentosen mit Taschentiefen bzw. Schwund bis zu 7 mm, Eiterabsonderungen und starken Lockerungserscheinungen. In einem dieser Fälle konnte mit Sicherheit Diabetes mellitus festgestellt werden.

Ein ähnliches Ergebnis beschreibt Lichtwarck, indem bei 1000 Berufsschülern in Hamburg 228 = 22,8 % mit Schleimhauterkrankungen festgestellt wurden.

Tabelle VII

Schleimhauterkrankungen bei der S. A.

Altersgruppen	Gingivitis		Paradentitis marginalis chronica (Paradentose) mit Taschen bzw. Schwund von 1 - 3 mm		Taschen bzw. Schwund von 4 - 7 mm		Lockerung bei	
	U	O	U	O	U	O	U	O
17 — 21	18	3	6	1	3	—	2	—
22 — 28	6	—	17	2	— —	—	9	1
29 — 36	3	—	26	4	2	—	5	1
37 — 50	—	—	1	—	1	1	—	—
Zusammen	27	3	50	7	6	1	16	2
% Zahl aller Erkrankungen	32,5		60,2		7,2		19,3	

Insgesamt untersucht		gesund		krank	
Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
452	100	369	81,6	83	18,4

Zeichenerklärung für die Tabellen VII und VIII. Unter U sind die Erkrankungen im Unterkiefer, unter O die Fälle verzeichnet, bei denen g l e i c h z e i t i g die Erkrankung auch im Oberkiefer vorhanden war.

Um die Ergebnisse sämtlicher Untersuchungen noch anschaulicher zu gestalten, habe ich die Prozentzahlen der Tabellen II, III, IV, V, VI, VII, VIII graphisch dargestellt. Die graphischen Darstellungen befinden sich in der Originalarbeit, die im Zahnärztlichen Institut der Universität Münster liegt. Bei sämtlichen Darstellungen wurden auf der Senkrechten die Prozentzahlen, auf der Wagerechten die Altersgruppen bzw. sozialen Gruppen oder die verschiedenen Formationen aufgetragen. Auf Seite 21

wurden die Ergebnisse der Tabellen VII und VIII in einer Darstellung vereinigt. Die übrigen Zeichen sind auf den betreffenden Seiten erklärt worden.

Tabelle VIII

Schleimhauterkrankungen beim F. A. D.

Altersgruppen	Gingivitis		Paradentitis marginalis chronica (Paradentose)					
			Taschen bzw. Schwund von 1 - 3 mm		Taschen bzw. Schwund von 4 - 7 mm		Lockerung bei	
	U	O	U	O	U	O	U	O
17 — 21	67	2	46	—	3	—	1	1
22 — 28	59	1	21	—	3	1	—	—
29 — 36	14	—	1	—	—	—	—	—
Zusammen	120	3	68	—	6	1	1	1
% Zahl aller Erkrankungen	61,9		35,1		3,0		0,5	

Insgesamt untersucht		gesund		krank	
Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
471	100	277	58,8	194	41,2

Zusammenfassung.

Die von mir angestellten Untersuchungen über die Frequenz der Zahn- und Mundschleimhauterkrankungen bei der S. A. und im F. A. D. ergaben so hohe Erkrankungsziffern, daß eine Sanierung unbedingt im Interesse der Volksgesundheit notwendig erscheint.

Der günstige Einfluß der Schulzahnpflege konnte durch die Zahl der erkrankten Zähne und den Krankheitsgrad festgestellt werden.

Einen Einfluß der sozialen Verhältnisse auf die Häufigkeit der Erkrankungen konnte ich bei beiden Formationen nachweisen.

Literaturverzeichnis:

Hochwahr: Der Einfluß des Ernährungszustandes auf die Häufigkeit der Zahnkaries im Kindesalter. Inaug.-Diss. 1931 Münster.

Lichtwarck: Achtung! Karies! Broschüre des deutschen Ausschusses für zahnärztliche Volksaufklärung. Seite 50. Verlag B. G. Teubner Dresden.

Verstege: Der Einfluß der sozialen Verhältnisse auf die Häufigkeit der Zahnkaries im Kindesalter. Inaug.-Diss. 1932 Münster.

Am Schluß dieser Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht Herrn Prof. Dr. Müller, Direktor des Zahnärztlichen Instituts für die Ueberlassung des Themas und ihm sowie Herrn Priv.-Doz. Dr. Sartorius, Herrn Gauarzt Dr. Baniecki und Herrn Oberstabsarzt Dr. Boormann für die wertvollen Anregungen und Unterstützungen meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich, Hans-Wilhelm Schütze, wurde am 17. Oktober 1911 zu Bad Driburg i. W. als Sohn des damaligen Postassistenten Wilhelm Schütze geboren. Ich besuchte die Bessel-Oberrealschule zu Minden und die Helmholtz-Oberrealschule in Bielefeld, wo ich Ostern 1930 die Reifeprüfung ablegte. Ich studierte dann 4 Semester Zahnheilkunde in Münster, wo ich Herbst 1931 das Physikum bestand. Die beiden nächsten Semester studierte ich in Graz (Oesterreich). Nach meiner Rückkehr bezog ich wieder die Universität Münster, an der ich im Winter 1933 das Staatsexamen mit „Gut" bestand.